

Síndrome de Brugada desenmascarado por episodio febril

Dres. Federico Sosa*, Jorge Aguirre*, Sandra Pedevila*, Julio Ibáñez*

INTRODUCCION

Se define al síndrome de Brugada (SB) como un cuadro clínico con episodio de síncope o muerte súbita (MS) inesperada, con un corazón estructuralmente normal y un electrocardiograma (ECG) con patrón de bloqueo de rama derecha y elevación del segmento ST en las derivaciones precordiales V1 a V3¹. Es la causa más frecuente de MS en pacientes con un corazón estructuralmente normal, dándose predominantemente en adultos jóvenes, aunque se han reportado casos desde 1 hasta 76 años de edad².

Se reporta un caso en el que un episodio febril desenmascaró un patrón electrocardiográfico con SB.

CASO CLINICO

Se trata de un varón de 32 años, sin antecedentes cardiovasculares, que ingresó al Servicio de Cardiología en octubre de 2004 por MS; se registró al ingreso en el ECG taquicardia ventricular que se revirtió con cardioversión eléctrica. Sin antecedentes familiares de MS o síncope. En el examen físico presentó afasia y hemiplejía derecha, Glasgow 4/15, sin otros hallazgos patológicos. En la Rx de tórax, no se evidenció cardiomegalia, con pulmones radiolúcidos. El ECG no reveló alteraciones (Fig. 1). Evolucionó con recuperación *ad integrum* del sensorio y fuerza muscular. En la internación en el marco de un episodio febril (38,5° C) el ECG manifestó un patrón característico con SB (Fig. 2), que volvió a la normalidad con el descenso de la temperatura. El ecocardiograma, la resonancia magnética y la cinecoronariografía demostraron un corazón estructuralmente normal y sin coronariopatía. El Holter no registró arritmias ni modificaciones del segmento ST. Se decidió no realizar prueba ergométrica hasta la colocación del car-

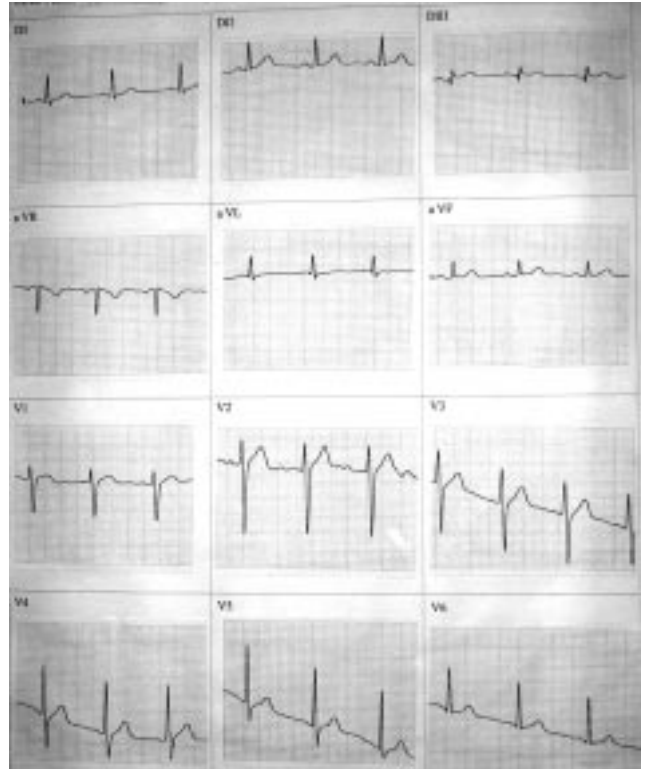


Figura 1. ECG al ingreso: ritmo sinusal, FC 75 l x min, eje del QRS: +30°.

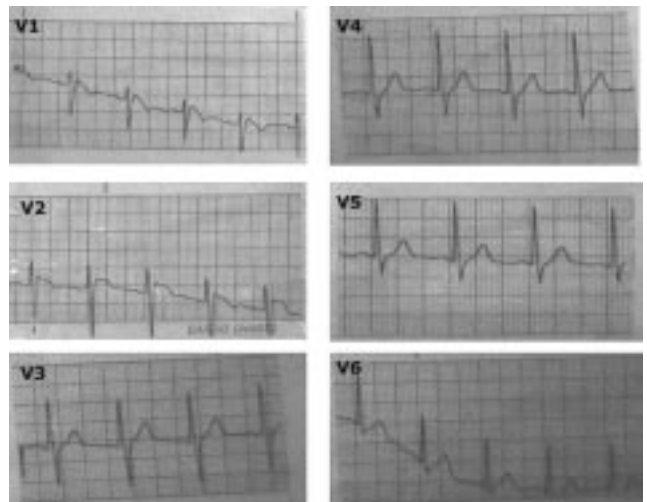


Figura 2. ECG con fiebre que evidencia patrón en V1 compatible con síndrome de Brugada.

*Hospital Escuela "General José de San Martín".

Corrientes, Argentina.

Correspondencia:

Dr. Federico Sosa

E-mail: sosafede@yahoo.com.ar

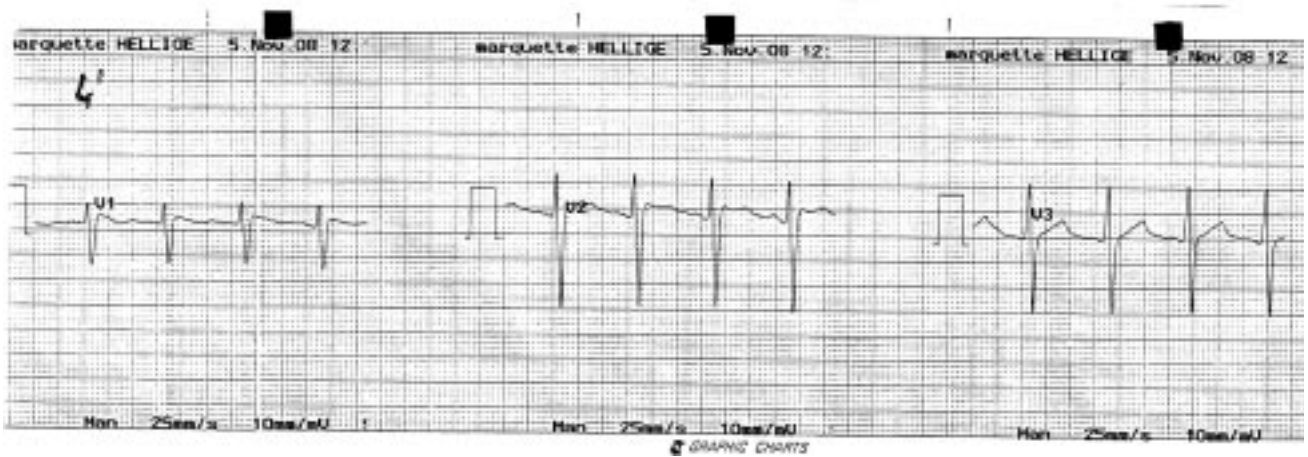


Figura 3. Prueba de procainamida a los 4 minutos donde se evidencia el patrón electrocardiográfico del síndrome de Brugada.

diodesfibrilador implantable (CDI) y posteriormente el seguimiento fue realizado en otra institución. La tomografía computada de cerebro, como así también el electroencefalograma, fueron informados como normales. En la prueba de *procainamida* se objetivó elevación del ST < 1 mm y T negativa en V1 (Fig. 3). El estudio electrofisiológico realizado informó que con 3 extraestímulos se desencadenó fibrilación ventricular. Se procedió a la colocación de un CDI.

DISCUSION

El SB es una enfermedad familiar que tiene un modo de transmisión autosómica dominante, el cromosoma involucrado es el 3 en el gen *SNC5A* que codifica para canales de sodio³. La incidencia varía entre 5 y 66 casos por 10.000 habitantes, dependiendo de la región. Se caracteriza por tener una predominancia en el sexo masculino (8 a 1) y la aparición de eventos arrítmicos alrededor de 40 años.

Las características electrocardiográficas del SB son dinámicas y pueden ocultarse transitoriamente, las cuales pueden ser reveladas con diferentes fármacos (ajmalina, flecainida o procainamida) u otros agentes como la fiebre o el ejercicio.

Dumaine y col.⁴ demostraron que los canales de sodio en el SB son más sensibles a los cambios de temperatura, aumentando su capacidad arrítmica o desenmascarando las características electrocardiográficas del mismo.

Se han publicado varias series de casos clínicos relacionando a la fiebre en el contexto del SB como

causal de MS, fibrilación ventricular o desenmascarando sus características electrocardiográficas^{5,6}.

Nuestro reporte apoya estas publicaciones, destacando el rol diagnóstico de la fiebre en esta patología, que de difundirse podría aumentar la prevalencia de este síndrome.

BIBLIOGRAFIA

1. Brugada P, Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: a distinct clinical and electrocardiographic syndrome. A multicenter report. *J Am Coll Cardiol* 1992; Nov 15;20(6):1391-6.
2. Antzelevitch C, Brugada P, Borggrefe M, Brugada J, Brugada R, Corrado D, Gussak I, LeMarec H, Nademanee K, Perez Riera AR, Shimizu W, Schulze-Bahr E, Tan H, Wilde A. Brugada Syndrome: Report of the Second Consensus Conference: Endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. *Circulation* 2005; 111:659-670.
3. Brugada R, Brugada J, Antzelevitch C, et al. Sodium channel blockers identify risk for sudden death in patients with ST-segment elevation and right bundle branch block but structurally normal hearts. *Circulation* 2000; 101: 510-515.
4. Dumaine R, Towbin JA, Brugada P, et al. Ionic Mechanisms Responsible for the Electrocardiographic Phenotype of the Brugada Syndrome Are Temperature Dependent. *Circ Res* 1999; 85: 803-809.
5. Wakita R, Watanabe I, Okumura Y, Yamada T, Takagi Y, Kofune T, Okubo K, Masaki R, Sugimura H, Oshikawa N, Saito S, Ozawa Y, Kanmatsuse K. Brugada-like electrocardiographic pattern unmasked by fever. *Jpn Heart J* 2004;45(1):163-7.
6. Gonzalez Rebollo JM, Hernandez Madrid A, Garcia A, Garcia de Castro A, Mejias A, Moro C. Recurrent ventricular fibrillation during a febrile illness in a patient with the Brugada syndrome. *Rev Esp Cardiol* 2000;53(5):755-7.